

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00507 vom 29. Juni 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00507](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00507)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00507 du 29 juin 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00507 del 29 giugno 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Die rechtlichen Grundlagen und Grundsätze betreffend den Leistungsanspruch und die Invaliditätsbemessung (Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) sind im vorangegangenen Gerichtsurteil bereits umfassend wiedergegeben worden (Urk. 2/13 E. 1.1 bis E. 1.4). Darauf kann, mit der nachfolgenden Ergänzung, verwiesen werden .

### **E. 1.2**

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 — ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung — fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es — unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits — erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. zur Publikation in der Amtlichen Sammlung bestimmtes Urteil des Bundesgerichts 8C\_409/2017 vom 21. März 2018 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

### **E. 1.4**

Übergangsrechtlich ist bedeutsam, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 unter Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten – allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.2.2 und 8C\_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2).

### **E. 2**

Das Verfahren wurde neu unter der Prozessnummer IV.2018.00507 angelegt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründet die angefochtene Verfügung vom 12. August 2016 im Wesentlichen damit (Urk. 2/2), dass sich die medizinischen Gutachter in der Diagnosestellung einer rezidivierenden depressiven Störung, leichter bis mittelgradiger Ausprägung einig seien. Auf die aus medizinischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit könne jedoch nicht abgestellt werden, da leichte bis mittelschwere psychische Störungen als therapeutisch behandelbar gälten und in der Regel keine dauerhafte und erhebliche Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätten. Beim Beschwerdeführer habe sich gezeigt, dass die Unterstützung des behandelnden Arztes und der psychiatrischen Spitex zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes geführt hätten. Somit sei von einer Behandelbarkeit des Leidens auszugehen. Den Akten sei auch zu entnehmen, dass schwierige Lebensumstände (zum Beispiel die Trennung von der Ehefrau) zur Entwicklung der psychischen Problematik beigetragen hätten und aktuell die Erkrankung noch von mehreren psychosozialen Belastungsfaktoren aufrechterhalten werde. Ausserdem hätten sich Hinweise auf eine Symptomausweitung ergeben.

## **E. 2.2**

Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 2/1 S. 6 f.), er leide seit Jahren an rezidivierenden depressiven Episoden und stehe deswegen seit Jahren in fachärztlicher Behandlung. Der von der Beschwerdegegnerin beauftragte Psychiater habe festgehalten, dass er in der Regel mittelgradig depressiv sei und nicht ausgeschlossen werden könne, dass es phasenweise sogar mittel- bis schwergradig depressive Episoden gegeben habe. Es habe sich eine verselbständigte psychische Störung herausgebildet und neben allfällig vorhandenen psychosozialen Belastungen komme ihr eine eigenständige Bedeutung zu. Die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit durch die depressive Symptomatik sei auch durch die ungünstige Konstellation einer akzentuierten Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen unterhalten. Nach ersten depressiven Episoden in den Jahren 2005/06 und 2010 stehe er seit dem Jahr 2012 ununterbrochen in fachärztlicher psychiatrischer Behandlung, habe die ihm offenstehenden Therapieangebote angenommen und werde auch medikamentös behandelt. Trotz der konsequenten Depressionstherapie mit Ausschöpfung der therapeutischen und medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten habe sich das psychische Leiden jedoch als resistent erwiesen. Der rezidivierenden depressiven Störung komme damit invalidisierende Wirkung zu (S. 8 f.).

## **E. 2.3**

Das Bundesgericht erwog im Urteil 8C\_876/2017 vom 15. Mai 2018 E. 4.2 (Urk. 1), die Voraussetzungen, unter denen leichten bis mittelschweren Depressionen invalidisierende Wirkung zukommen könne, seien mit BGE 143 V 409 und 418 geändert worden und laut BGE 143 V 409 seien namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese neue Rechtsprechung sei auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_756/2017 vom 7. März 2018 E. 4 mit weiterem Hinweis) und somit auch im vorliegenden Fall massgebend. Da bis anhin noch kein solches Beweisverfahren stattgefunden habe und insbesondere auch eine umfassende vorinstanzliche Auseinandersetzung mit den massgebenden Standardindikatoren fehle, sei der kantonale Entscheid aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese, allenfalls nach weiteren medizinischen Abklärungen, ein solches Beweisverfahren durchführe und hernach über die Beschwerde des Versicherten neu entscheide.

## **E. 3.1**

Die medizinische Aktenlage ist im vorangegangenen Gerichtsurteil bereits umfassend wiedergegeben worden (Urk. 2/13 E. 3.1 bis E. 1.8). Darauf kann mit folgender Ergänzung verwiesen werden:

Im Zusammenhang mit dem bundesgerichtlichen Verfahren reichte der Beschwerdeführer am 8. Dezember 2017 (Urk. 2/15/1) einen Bericht der Y. \_\_\_ vom 10. September 2015 über einen stationären Aufenthalt vom 9. Juli bis 3. September 2015 (Urk. 3) ein. Als psychiatrische Diagnosen führten die Behandler eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1) sowie Dauertherapie mit Antikoagulanzen in der Eigenanamnese (ICD-10 Z92.1) und als somatische Diagnosen eine Lungenembolie ohne Angaben eines akuten Cor pulmonale (ICD-10 I26.9) und eine Schlafapnoe, nicht näher bezeichnet (ICD-10 G47), fest.

Zum psychopathologischen Befund hielten sie fest, der Beschwerdeführer zeige sich wach, zeitlich, örtlich situativ und zur Person vollständig orientiert. Es bestünden weder Aufmerksamkeits-, noch Auffassungsstörungen. Über Konzentrationsstörungen werde berichtet und mnestiche Störungen würden nicht auffällig. An formalen Denkstörungen sei eine diskrete Verlangsamung auffällig und es werde über grüblerisches Gedankenkreisen berichtet. Es bestünden keine inhaltlichen Denkstörungen, keine Sinnestäuschungen, keine Ich-Störungen. Im Affekt wirke er gedrückt und die emotionale Schwingungsfähigkeit scheine vorhanden zu sein, aber reduziert, der Antrieb werde als stark reduziert geschildert und die Psychomotorik wirke reduziert. Es bestünden circadiane Besonderheiten mit ausgeprägtem Morgentief und der Nachtschlaf und Appetit würden als beeinträchtigt geschildert. Es bestünden Ängste und gesteigerte Empfindlichkeit für soziale Ablehnung (Kränkbarkeit), ohne Zwänge, ohne akute Suizidalität und ohne Fremdgefährdung. Der Beschwerdeführer sei auf der Spezialstation für Emotionalregulationsstörungen hospitalisiert gewesen, habe am achtwöchigen integrativen Therapieprogramm teilgenommen und verlasse die Klinik in deutlich stabilisierten Zustand.

### **E. 3.2**

Mit Bezug auf Erwägung 4.1 im vorangegangenen Urteil des hiesigen Gerichts besteht damit unter den Ärzten

nach wie vor Einigkeit darin, dass eine depressive Symptomatik die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränkt, wobei das Ausmass der Depression im Verlauf phasenweise als schwer, mittelgradig und zuletzt als leicht bis mittelgradig bezeichnet wurde. Die daneben einzig durch die beiden behandelnden Psychiater, Dr. med. Z.\_\_\_\_,

Psychiatrie und Psychotherapie FMH und Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie, diagnostizierte Persönlichkeitsstörung wurde sowohl im Gutachten der Beschwerdegegnerin mit nachvollziehbarer Begründung (vgl. Urk. 2/10/160/10 und Urk. 2/10/160/15) als auch im Parteigutachten des B.\_\_\_\_ (Urk. 2/10/172) als auch anlässlich des stationären Aufenthaltes in der Y.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.1 hiervor) verneint. Dr. A.\_\_\_\_ hat te im Übrigen die Diagnose selber relativiert (vgl. Urk. 2/10/173/7) und Dr. Z.\_\_\_\_

begründet sodann nicht, weshalb das vorgängig von allen Ärzten beschriebene Störungsbild einer narzisstisch akzentuierten Persönlichkeit gemäss ICD-10 Z73.1 nunmehr einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 F 60.8 entsprechen soll (vgl. Urk. 2/10/130). Damit ist weiterhin nicht auf eine Persönlichkeitsstörung zu schliessen, sondern von akzentuierten Persönlichkeitszügen aus zugehen, zumal der Beschwerdeführer, welcher insbesondere auf das Gutachten der B.\_\_\_\_ abstellen will, nichts anderes geltend macht (vgl. Urk. 2/10/130 S. 6 und S. 12).

### **E. 3.3**

Damit fassen die postulierten Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit von 60 % (Dr. med. C.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH; Urk. 2/10/160 S. 16) beziehungsweise von 50 % (B.\_\_\_\_, Urk. 2/10/173) in angepasster Tätigkeit ausschliesslich auf der psychischen Symptomatik, wobei gestützt auf das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 20. Juli 2015 (Urk. 2/10/160 S. 8) und das Parteigutachten der B.\_\_\_\_ vom 7. März 2016

(Urk. 2/10/173 S. 8) von der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, mittelgradiger, phasenweise leichtgradiger Episode (ICD-10 F33.01) auszugehen ist. Nachdem die juristische Anspruchsprüfung in jedem Fall Aufgabe des Rechtsanwenders ist

(vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.), ist die Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens anhand des in BGE 141 V 281 aufgestellten Katalogs von Indikatoren vorzunehmen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1). Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4, zum Ganzen vgl. auch E. 1.3 hiervor)

Massgebend ist somit, ob gestützt auf die vorliegende medizinische Aktenlage die gemäss neuer Rechtsprechung (E. 1.2.2) relevanten Indikatoren hinreichend beurteilt werden können.

#### **E. 4.1.1**

Hinsichtlich des Komplexes Gesundheitsschädigung ist dem Gutachten von Dr. C. \_\_\_ zu entnehmen (Urk. 2/10/160 S. 9 f.), dass der Beschwerdeführer schon im Jahr 2009 in ein Burnout geraten und der Eintritt in eine psychiatrische Klinik durch eine Lungenembolie überschattet worden war. Danach konnte er den Arbeitseinsatz wieder steigern. Ab Sommer 2012 legte er die Arbeit als Lehrer nieder, wobei Lebensprobleme, insbesondere die im August 2010 erfolgte Trennung von der Ehefrau zur prekären Entwicklung auf psychischem Gebiet beigetragen hatte, im Vordergrund aber die Überforderung im Lehrerberuf gestanden war. Nach dem Sommer 2012 kam der Beschwerdeführer nicht mehr aus der Depression heraus

und es kam immer wieder zu depressiven Episoden.

Dr. C. \_\_\_ diagnostizierte aufgrund dieses Verlaufs eine rezidivierende depressive Störung, wobei er in der Untersuchung und auch im Durchschnitt den Schweregrad einer mittelgradigen Episode zuordnete und ausführte, der Beschwerdeführer sei nicht suizidal, aber doch phasenweise deutlich verstimmt. Die Konzentration sei gut, er zeige keine Gedächtnisstörungen. Anamnestisch falle auf, dass er in der Stimmungslage schwankend sei, soll es doch gute Tage geben, während denen er aktiv sein könne. Dazwischen seien auch schlechte Phasen, während denen er kaum etwas tue. Die Lebensumstände seien ungünstig, da der Beschwerdeführer nicht mehr in seinem ursprünglichen Wohngebiet in St. Gallen lebe und wegen seiner Lehrertätigkeit nach Winterthur gezogen sei (S. 9). Hier beklage er, vom Sozialdienst zu wenig Geld zu erhalten, sich keine Wohnung leisten zu können und in einem Zimmer in Untermiete zu leben, was ihn sehr belaste, zumal er den Kindern während den Besuchstagen nur wenig bieten könne. Er halte sich deshalb oft bei seinem Freund in St. Gallen auf. Dort könne er in den Ausgang gehen, da er sich in dieser Umgebung wohl fühle und er gedenke nach St. Gallen zurückzukehren. Aus Sicht des Gutachters sei dies eine gute Idee, da dadurch eine positive Wirkung auf die Psyche erfolgen sollte (S. 10).

Eine schwere Ausprägung der Störung wird damit von den befassten Ärzten nicht beschrieben. Die Störung steht zudem in engem Zusammenhang mit belastenden psychosozialen Umständen (Überforderung im Lehrerberuf, Trennung von der Ehefrau, belastende Wohn- und finanzielle Situation; S. 10 und S. 13, vgl. auch Urk. 2/10/90/5) und damit stehen invaliditätsfremde Faktoren im Vordergrund des Krankheitsbildes, welches dadurch unterhalten wird.

#### **E. 4.1.2**

Zum Indikator „Behandlungserfolg und -resistenz“ ergibt sich aufgrund der Akten, dass sich nach einer ersten stationären Behandlung vom 17. Januar bis 9. April 2010 die

depressive Symptomatik weitestgehend zurückgebildet hatte (Urk. 2/ 10/33/5-8 ) und sich auch anlässlich einer weiteren stationären Behandlung vom 27. Juli bis 11. Oktober 2012 bei Austritt ein stabilerer Zustand und eine rückläufige depressive Symptomatik zeigte (Urk. 2/ 10/90 S. 3-4). Der behandelnde Dr. B.\_\_\_\_ empfahl, nachdem sich die Symptomatik wieder verschlechtert hätte , einen weiteren Klinikaufenthalt sowie eine therapeutische Wohnform, was der Beschwerdeführer anfänglich

mit der Begründung ablehnte (Urk. 2/ 10/145/8), er gedenke nach St. Gallen zurückzukehren, da dort die Wohnungen günstiger seien und er noch viele Leute kenne; zudem befürchtete er von der dortigen IV-Stelle abgeklärt zu werden und dass bei einem Klinikeintritt die Invalidenversicherung den Fall noch mehr verzögere (Urk. 2/10/160/ 6). Es ist auch festzustellen, dass die seit Mai 2014 bei Dr. A.\_\_\_\_ durchgeführte ambulante psychiatrische Behandlung lediglich einmal alle drei Wochen stattgefunden hatte (vgl. Urk. 2/ 10/160/8), was Dr. C.\_\_\_\_ zwar als genügend, aber nicht als gut bezeichnete; der Gutachter der B.\_\_\_\_ erkannte zudem die grosse Herausforderung der Therapie (Urk. 2/10/173/8), weshalb eine solche niedrige Behandlungsfrequenz unzureichend ist. Aus dem beim Bundesgericht aufgelegten Bericht (vorstehend E. 3.1) ergibt sich, dass sich der Beschwerdeführer zwischen der Begutachtung bei Dr. C.\_\_\_\_

vom 30. Juni 2015 (Urk. 2/10/160/1) und der Begutachtung durch die B.\_\_\_\_

mit Untersuchungen vom 28. November und 9. Dezember 2015 und 11. Januar 2016 (Urk. 2/10/173/2) vom

#### **E. 4.1.3**

In Bezug auf den Komplex Persönlichkeit zeigen sich keine zusätzlich belastenden Faktoren. Zwar erhoben die befassten Gutachter akzentuierte Persönlichkeitszüge (vorstehend E. 3.2); diese mit Z-Codierung versehene Diagnose ist indes rechtsprechungsgemäss nicht rechtserheblich und fällt damit als ressourcenhemmend ausser Acht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis auf 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1). Jedenfalls liegen die Ressourcen des Beschwerdeführers weitgehend im Normbereich respektive zeigen keine Auffälligkeiten, ergaben doch die Untersuchungsbefunde von Dr. C.\_\_\_\_ ein normales unvermindertes und uneingeschränktes Bewusstsein, eine ungestörte zeitlich, örtlich und situative Orientierung, ein unvermindertes Konzentrationsvermögen ohne Alt- oder Frischgedächtnisstörungen , ohne inhaltliche Denkstörungen, ohne Zwangsverhalten und ohne Ängste sowie ein ordentlich herstellbares Kontaktverhalten, bei einem durchschnittlich wirkenden Intelligenzniveau (vgl. Urk. 2/10/160/7 f.). Andere oder auffällige Untersuchungsbefunde zeigten sich auch anlässlich der Begutachtung im B.\_\_\_\_

nicht ( vgl. Urk. 2/10/173 S. 5 ) .

Es ist somit anzunehmen, dass der Beschwerdeführer weiterhin über persönliche Ressourcen verfügt, die er bei Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit aktivieren könnte. Insofern sind keine negativen Auswirkungen ersichtlich.

Betreffend den sozialen Kontext sind den Akten einerseits belastende Lebensumstände zu entnehmen. Den Beschwerdeführer beschäftigen namentlich die Entfernung von St. Gallen und die prekäre Finanzlage, die der von ihm gewünschte Wohnsituation im Hinblick auf das Besuchsrecht der Kinder entgegen steht. Dem steht andererseits ein ressourcenförderndes soziales Netz gegenüber, wobei insbesondere die Aktivitäten mit den Kindern und der

Kontakt mit einem Freund zu erwähnen sind (vgl. nachfolgend E. 4.1.4).

#### **E. 4.1.4**

Bezüglich der Kategorie Konsistenz fällt auf, dass der Beschwerdeführer laut seinen Angaben (Urk. 2/ 10/160/6 f.) während guten Phasen rege und aktiv am Leben teilnimmt , indem er Auto fährt, spazieren geht, im Migros-Restaurant die Zeitung liest, mit den Kindern Fussballspiele besucht, regelmässig einmal wöchentlich selber in einer Männergruppe Fussball spielt (Urk. 2/ 10/160/4), mit dem Freund in den Ausgang geht und sich intensiv mit seinen Malarbeiten beschäftigt.

Damit zeigen die ausserhäuslichen Aktivitäten keine besonderen Auffälligkeiten. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen kann nicht als erstellt angesehen werden. Namentlich ergeben sich bei der Pflege von sozialen Kontakten keine Einschränkungen, und der Beschwerdeführer ist in der Verrichtung alltäglicher Dinge wie auch in der Führung des Haushalts grundsätzlich selbständig.

#### **E. 4.1.5**

Hinsichtlich des Aspekts des behandlungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks konnte der psychiatrische Gutachter Dr. C.\_\_\_\_ festhalten, dass der Beschwerdeführer zwar mit Antidepressiva und Analgetika versorgt wird und mit einer Frequenz von einmal alle drei Wochen in fachpsychiatrischer Behandlung steht ( Urk. 2/10/160/6). Die lediglich spärlichen psychopathologischen Untersuchungsbefunde korrelieren damit mit der niedrigen Behandlungsfrequenz und lassen zumindest im Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. C.\_\_\_\_ nicht auf anhaltend hohen Leidensdruck schliessen. Dass sich daran etwas geändert hat, indem sich der Beschwerdeführer nach dieser Begutachtung in stationäre Behandlung begeben hat, ist nicht ersichtlich, wobei nicht einsehbar ist, weshalb der diesbezügliche Bericht erst beim Bundesgericht eingereicht wurde. Kommt hinzu, dass selbst im Parteigutachten der

B.\_\_\_\_ aufgrund der neuropsychologischen Testung auf eine ungenügende Leistungsbereitschaft und eine Symptomausweitung hingewiesen wurde , wenn auch der cut -off für eine bewusste Simulation nicht erreicht wurde. Ebenso trat der Wunsch des Beschwerdeführers hervor, in Ruhe gelassen und mittels Rente versorgt zu werden (Urk. 2/10/173/12), was auch anlässlich der Begutachtung durch Dr. C.\_\_\_\_ festgehalten wurde (Urk. 2/10/160 S. 11).

#### **E. 4.2**

Ein erheblicher funktioneller Schweregrad des Leidens im Verfügungszeitpunkt ist damit zu verneinen und in Gesamtschau aller Indikatoren ist aus der psychischen Symptomatik aus rechtlicher Sicht und entgegen der Einschätzung der begutachtenden Mediziner nicht auf einen Gesundheitsschaden zu schliessen, welcher es dem Beschwerdeführer verunmöglicht, seine Arbeitsfähigkeit vollzeitig zu verwerten. Angesichts der klaren und aussagekräftigen medizinischen Aktenlage sind in diesem Zusammenhang von weiteren Beweismassnahmen (etwa der Einholung eines Gutachtens) auch keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b). 5. 5.1

Zu prüfen bleibt damit, wie sich das Leistungsvermögen seit der Anmeldung zum Leistungsbezug am 2. Dezember 2012 (Urk. 2/19/61) im zeitlichen Verlauf entwickelt hat,

wobei gemäss den Erwägungen des Bundesgerichts die Anmeldung gleich wie eine erstmalige Anmeldung zu behandeln ist (Urk. 1 E. 4.1). Mit Blick, auf einen frühest möglichen Rentenanspruch nach Ablauf von sechs Monaten seit Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG) interessieren damit die medizinischen Berichte ab Juni 2013.

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher im Auftrag der BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich am 19. Juni 2013 ein Gutachten verfasste, stellte folgende Diagnosen (Urk. 2/10/90 S. 16): Rezidivierende depressive Episoden, gegenwärtig mittelgradig bis schwer (ICD-10 F32.1), bei narzisstisch akzentuierter Persönlichkeit (ICD-10 Z73.1). Der Gutachter hielt fest, der Beschwerdeführer habe über Müdigkeit, Antriebslosigkeit und Freudlosigkeit und Appetitlosigkeit berichtet. Auch die Fähigkeit, sich zu konzentrieren, sei herabgesetzt. Aktuell sei er auf Freiwilligenbasis bei der E.\_\_\_\_ für jeweils zwei Stunden an vier Tagen die Woche arbeitstätig. In der psychiatrischen Untersuchung sei eine deutlich herabgesetzte Stimmungslage bei einer eingeschränkten affektiven Schwingungsfähigkeit aufgefallen. Gestik und Mimik seien verarmt. Der Beschwerdeführer habe mit leiser Stimme gesprochen und der Antrieb sei im Sinne einer psychomotorischen Verlangsamung reduziert gewesen (S. 17 f.). Zu den spezifischen Fragen erläuterte der Gutachter (S. 18 Ziff. 7), eine grundsätzliche Berufsunfähigkeit sei zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht gegeben. Dies sei davon abhängig, ob sich der Beschwerdeführer im weiteren Verlauf auffangen könne.

In der Folge fand vom 28. Oktober bis 22. November 2013 die Potentialerhebung bei F.\_\_\_\_ statt. Diese ergab aufgrund der Symptomatik eine stark beeinträchtigte beziehungsweise nicht gegebene Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. Schlussbericht vom 3. Dezember 2013, Urk. 2/10/111).

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, wies im Formularbericht vom 2. Juni 2014 (Urk. 2/10/130) an die Beschwerdegegnerin darauf hin, dass der Beschwerdeführer bei ihm vom 5. Januar 2013 bis zum 10. April 2014 in Behandlung gewesen und diese abgeschlossen sei. Er beschrieb den Beschwerdeführer als antriebsarm, in sich versunken bedrückt, niedergestimmt ohne Freude und Interesse, er reagiere aber noch erstaunlich positiv auf Freunde und zum Teil auf Kinder.

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie, wies im Bericht vom 18. November 2014 (Urk. 2/10/145/6) auf die ambulante Behandlung seit 30. Mai 2014 hin. Zuvor sei er bis Ende März 2014 bei Dr. Z.\_\_\_\_ gewesen und wegen starker Beeinträchtigungsideen habe sich der Beschwerdeführer gegenüber Dr. Z.\_\_\_\_ verbal aggressiv verhalten, so dass die Behandlung habe abgeschlossen werden müssen. Das psychische Zustandsbild habe sich von Mai bis November 2014 trotz intensiver Behandlung weiter verschlechtert und krankheitsbedingt sei es dem Beschwerdeführer zunehmend nicht mehr möglich, den alltäglichen, administrativen und finanziellen Angelegenheiten nachzukommen. Aktuell leide er unter einer schweren depressiven Episode mit einem stark verminderten Antrieb, Hemmung, Angstzuständen und einem starken Verlust des Selbstwertgefühls. Zeitweise komme es auch zu einer Agitiertheit. Es sei ihm zwischenzeitlich kaum mehr möglich, emotional zu reagieren und Interesse an sozialen Kontakten zu entwickeln. Die weitere Verschlechterung des psychischen Zustandsbilds habe sich auch auf die Betreuung seiner Kinder am Wochenende ausgewirkt, bei der er zunehmend überfordert sei, so dass die Besuche wiederholt vorzeitig hätten abgebrochen oder abgesagt werden müssen. Aktuell seien auch ein ausgeprägtes Misstrauen und Beeinträchtigungsideen gegenüber seinem sozialen

Umfeld, insbesondere gegenüber den Behörden, zu beobachten. Bedingt durch die pathologische Persönlichkeit mit narzisstischen und passiv-aggressiven Zügen seien die Behandlung und die Integration deutlich erschwert und die depressive Episode werde dadurch verstärkt und chronifiziert. Wegen der schweren therapieresistenten psychiatrischen Erkrankung sei zum Ausschluss einer hirnrorganischen Erkrankung ein Schädel-MRI durchgeführt worden, welches jedoch unauffällig gewesen sei. Er habe einen weiteren Klinikaufenthalt, eine therapeutische Wohnform und eine Meldung an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde empfohlen, was der Beschwerdeführer bis anhin jedoch abgelehnt habe (Urk. 2/ 10/145/8).

Am 30. Juni 2015 fand die Untersuchung bei Dr. C.\_\_\_\_ statt (Urk. 2/10/160), wobei dieser zur Berichterstattung von Dr. med. A.\_\_\_\_ festhielt, die gestellten Diagnosen seien dramatisierend und es sei insbesondere nicht nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer psychotisch gewesen sein solle. Die Angaben, dass der Beschwerdeführer auch den alltäglichen administrativen und finanziellen Angelegenheiten nicht mehr nachkommen könne, sei nicht nachvollziehbar, denn dieser könne in der Regel seine Obliegenheiten erledigen, und es sei auf die regen Lebensaktivitäten hinzuweisen (S. 15).

Im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt vom 9. Juli bis 3. September 2015 in der Y.\_\_\_\_ (Urk. 3) beschrieben die Ärzte im psychopathologischen Befund, der Beschwerdeführer sei wach, zeitlich, örtlich situativ, und zur Person vollständig orientiert, ohne Aufmerksamkeits-, Auffassungs-, mnestiche oder inhaltliche Denkstörungen, ohne Sinnestäuschungen und ohne Ich-Störungen. Auffälligkeiten im formalen Denken zeigten sich einzig in einer diskreten Verlangsamung. Die Stimmungslage wurde als bedrückt bei emotional erhaltener Schwingungsfähigkeit und reduziert wirkender Psychomotorik dargestellt und auf einen deutlich stabilisierten Zustand bei Klinikaustritt hingewiesen. 5.2

In psychiatrischer Hinsicht wurden zwar unterschiedliche Arbeitsunfähigkeiten bescheinigt. Allerdings zeigten sich die psychischen Verhältnisse im Verlauf ab Mai 2013 bis zur Begutachtung im Juni 2015 und nach erfolgtem stationären Aufenthalt in der Y.\_\_\_\_ sowie nach dem Parteigutachten in der B.\_\_\_\_ Ende 2015 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung nicht derart verändert, dass die Frage der invalidisierenden Wirkung des Gesundheitsschadens im Zeitablauf unterschiedlich zu beurteilen wäre. Insbesondere ist nicht belegt, dass eine allfällige vorübergehende Verschlechterung angehalten hätte.

Demnach hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6. 6.1

Die Voraussetzungen für die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gemäss § 16 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) sind erfüllt (vgl. insbesondere Urk. 2/ 3 und Urk. 2/8). Nachdem das Bundesgericht den gesamten Entscheid hiesigen Gerichts aufgehoben hat (Urk. 1), ist dem Beschwerdeführer antragsgemäss (Urk. 2/ 1 S. 2) erneut die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und Rechtsanwalt Stephan Kübler als unentgeltlichen Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren zu bestellen. 6.2

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und entsprechend dessen Ausgang dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zuzugewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

6.3

Bei diesem Verfahrensausgang steht dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Stephan Kübler, eine Entschädigung aus der Gerichtskasse zu. Diese bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 GSVGer in Verbindung mit § 7 Abs. 1 und § 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht, GebV

SVGer ).

Der mit heutigem Beschluss bestellte unentgeltliche Rechtsbeistand des Beschwerdeführers machte mit seiner Honorarnote vom 18. Juli 2017 (Urk. 2/12) einen Aufwand von 9 Stunden sowie Auslagen in der Höhe von Fr. 52.30 geltend, was angemessen erscheint. Rechtsanwalt Stephan Kübler ist damit und da nach Erlass des Urteils des hiesigen Gerichts vom 28. September 2017 kein weiterer Aufwand mehr angefallen ist, eine Entschädigung von Fr. 2'194.90 (inklusive Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zuzusprechen.

Festzuhalten ist diesbezüglich, dass das Sozialversicherungsgericht dem Rechtsvertreter die entsprechende Entschädigung im Nachgang zum Urteil vom 28. September 2017 (Urk. 2/13) entsprechend dem Dispositiv — ohne die Rechtskraft des Urteils abzuwarten — umgehend ausbezahlt hat. Damit hat es sein Bewenden. 6.4

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 15. September 2016 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Stephan Kübler, Winterthur, als unentgeltliche r Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführerauferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Stephan Kübler -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der  
Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons

**E. 9**

Juli bis 3. September 2015 in stationärer Behandlung in der Y.\_\_\_\_ aufgehalten hatte. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass dieser Aufenthalt, welcher kurz vor der Begutachtung durch die B.\_\_\_\_ stattgefunden hat, dort weder thematisiert noch dokumentiert wurde. Auf eine Behandlungsresistenz kann unter diesen Umständen nicht geschlossen werden.

Die im Bericht der Y.\_\_\_\_ genannten unspezifischen somatischen Diagnosen führen zu keinen Einschränkungen (vgl. auch vorstehend E. 3.2-3), weshalb diesbezüglich nicht von Komorbiditäten im Sinne des entsprechenden Indikators gesprochen werden kann.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.